

## Atenção em saúde mental a gestantes em CAPS no Distrito Federal

Atención en salud mental a mujeres embarazadas en CAPS del Distrito Federal

Attention in mental health to embarrassed women in CAPS of the Federal District

### Caroline da Silva Moreira

*Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), Brasília – DF/Brasil*

**ORCID:** 0000-0002-4677-1092

**E-mail:** carolmoreira0611@gmail.com

### Waleska Batista Fernandes

*Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), Brasília – DF/Brasil*

**ORCID:** 0009-0006-6319-4190

**E-mail:** waleskabf@gmail.com

### Alessandra Arrais

*Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), Brasília – DF/Brasil*

**ORCID:** 0000-0002-1057-6914

**E-mail:** alearrais@gmail.com

### Resumo

O objetivo deste estudo é analisar a assistência oferecida às gestantes em sofrimento psíquico e em uso de álcool e outras drogas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Distrito Federal. A partir da realização de entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde que atuam em dois Centros de Atenção Psicossocial (AD III e II Geral), constatou-se a ausência de uma linha de cuidado específica para atendimento de gestantes nos serviços em questão. Além disso, verificou-se uma preocupação em direcioná-las para outros serviços de saúde específicos ao acompanhamento materno-infantil, o que sugere uma visão reducionista frequentemente atribuída às mulheres em processo gestacional. Nesse sentido, conclui-se que é fundamental que as políticas e serviços de saúde contemplem a universalidade e o atendimento humanitário, atendendo às especificidades apresentadas em cada realidade social, além de promover uma articulação entre os serviços com intuito de fornecer um cuidado abrangente à saúde, levando em consideração a usuária gestante em sua integralidade, abrangendo todas as suas singularidades como mulher, para além do período de gestação. Portanto, esta revisão tem como objetivo apresentar narrativas que abordam principalmente conceitos e teorias de Bell Hooks (2020), Arrais, Mourão, & Fragalle (2014), Zanella (2018), entre outras. Serão incluídas também produções acadêmicas que discutam questões de gênero e maternidade, uso de substâncias psicoativas por mulheres, sofrimento psíquico e Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, ressalta-se a relevância desse tema para a ampliação do conhecimento e o avanço das práticas de saúde voltadas a esse grupo específico.

**Palavras-chaves:** Saúde mental; Gravidez; Política de saúde; Serviços de saúde mental.

### Resumen

El objetivo de este estudio es analizar la atención que se ofrece a las gestantes en sufrimiento psíquico y consumo de alcohol y otras drogas en la Red de Atención Psicossocial (RAPS) del Distrito Federal. Con base en entrevistas semiestruturadas con profesionales de la salud que actúan en dos Centros de Atención Psicossocial (AD III y II General), se verificó la ausencia de protocolos específicos para la atención de la gestante en los servicios en cuestión. Además, existía la preocupación de orientarlas hacia otros servicios de salud específicos de la atención materno-infantil, lo que sugiere una visión reducionista muchas veces atribuida a las

mujeres en proceso de gestación. En este sentido, se concluye que es fundamental que las políticas y servicios de salud contemplem la universalidad y la atención humanitaria, atendiendo a las especificidades presentes en cada realidad social, además de promover la coordinación entre los servicios con el objetivo de brindar una atención integral a la salud, teniendo en cuenta a la gestante en su totalidad, abarcando todas sus singularidades como mujer, más allá del período de gestación. Por lo tanto, esta revisión tiene como objetivo presentar narrativas que aborden principalmente conceptos y teorías Bell Hooks (2020), Arrais, Mourão, & Fragalle (2014), Zanella (2018), entre otros. También

se incluirán producciones académicas que discutan cuestiones de género y maternidad, el uso de sustancias psicoactivas por mujeres, el sufrimiento psíquico y la Reforma Psiquiátrica. De esta manera, se destaca la relevancia de este tema para la ampliación del conocimiento y el avance de las prácticas de salud dirigidas a este grupo específico.

**Palabras clave:** Salud mental; Embarazo; Política de salud; Servicios de salud mental.

#### **Abstract**

The objective of this study is to analyze the assistance provided to pregnant women experiencing psychological distress and using alcohol and other drugs within the Psychosocial Care Network (RAPS) of the Federal District. Through semi-structured interviews with healthcare professionals working in two Psychosocial Care Centers (AD III and II General), it was found that there is a lack of specific protocols for the care of pregnant women in these services. Additionally, there was a concern to refer them to other healthcare services

specialized in maternal and child care, suggesting a reductionist view often attributed to women during the gestational process. In this regard, it is concluded that it is essential for health policies and services to encompass universality and humanitarian care, addressing the specificities presented in each social reality, as well as promoting coordination among services to provide comprehensive healthcare, considering the pregnant user in her entirety, encompassing all her singularities as a woman beyond the gestation period. Therefore, this review aims to present narratives that mainly address concepts and theories from Bell Hooks (2020), Arrais, Mourão, & Fragalle (2014), Zanello (2018), among others. Academic productions that discuss issues of gender and motherhood, use of psychoactive substances by women, psychological suffering and Psychiatric Reform will also be included. Therefore, the relevance of this topic for expanding knowledge and advancing health practices aimed at this specific group is highlighted.

**Keywords:** Mental health; Pregnancy; Health policy; Mental health services.

## **Introdução**

As primeiras formulações de políticas públicas destinadas às mulheres surgiram na década de 1930 e reproduziam a lógica de que o corpo feminino possuía, como atribuição central, a reprodução e a maternidade. Esta perspectiva só foi superada na década de 1980 com a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que se configura como a primeira ação legal que rompe com a perspectiva de que o corpo feminino tem como única função a reprodução, apontando para os diversos fatores biopsicossociais que influenciam no bem-estar e na saúde das mulheres.

Importa salientar que essa mudança de paradigma associa-se à presença do movimento feminista nas lutas sanitárias que visavam melhores condições para o acesso e cobertura para população em geral, mas também reivindicava uma política de saúde que garantisse o acesso amplo e de qualidade às mulheres e que respondesse às demandas para além da gravidez. Com isso houve o reconhecimento de que a vulnerabilidade do sexo feminino frente a certas doenças, está mais relacionada à sua situação de discriminação na

sociedade do que com fatores biológicos (Brasil, 2004).

Neste momento de reivindicação da reforma sanitária, que lutava por melhorias na área da saúde estimulando mobilizações para melhoria dos serviços em saúde mental. A assistência psiquiátrica brasileira inspira-se na reforma psiquiátrica italiana buscando construir uma prática comunitária, extra-hospitalar e terapêutica.

Em 1978 surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) composto por participantes do movimento sanitário, pessoas com longo histórico de internação e associações de familiares, todos em prol do objetivo de reivindicar melhorias na atenção à saúde mental, que naquele momento, era violenta e excludente. A partir desse momento, a crítica ao conhecimento psiquiátrico, o funcionamento dos manicômios, a mercantilização da loucura e o monopólio da rede privada de assistência ganha contornos mais expressivos (Brasil, 2005).

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em

territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (Brasil, 2005, p. 6).

Dessa maneira, no período de 1980 a 1990, ocorrem no Brasil conquistas no âmbito da saúde mental visando mudanças e transformações tanto nas práticas em saúde como no saber psiquiátrico. Como exemplo dessas transformações, podemos apontar, em 1987, o surgimento do primeiro CAPS no Brasil e, em São Paulo, em 1989 ocorreu intervenção em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, que era um local de maus-tratos aos pacientes. Nesse período também são implementados, em Santos, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionavam 24 horas, e são criadas também cooperativas e residências para os egressos dos hospitais (Brasil, 2005).

Em 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou um Projeto de Lei que preconiza a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a eliminação dos manicômios no país. É nesse momento que se formaliza a luta do movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira nos campos legislativo e normativo. Já no ano de 1992, surgem alguns projetos inspirados na Lei Paulo Delgado que conseguem instituir em vários estados brasileiros as primeiras legislações que determinavam a transição dos leitos psiquiátricos por uma rede de atenção à saúde mental (Brasil, 2005).

Neste período, o processo de expansão dos CAPS e NAPS é descontínuo. As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos. (Brasil, 2005, p. 8).

Observa-se que o debate sobre a assistência psiquiátrica não abrangia os usuários de substâncias psicoativas (SPAs) que também vivenciavam a lógica dos hospitais psiquiátricos. Apenas em 2002, com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde implementou o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, o qual afirmava que o consumo de drogas é uma questão da saúde pública e que necessita da implementação de políticas públicas que alcancem as especificidades dessa população, no âmbito da saúde mental. Deveriam ter como finalidade aumentar o acesso aos tratamentos; reconhecimento da totalidade do problema e das questões sociais relacionadas ao uso de SPAs; ascensão dos direitos sociais e viabilização de uma abordagem de redução de danos (Assis, Barreiros & Conceição, 2013). Dessa forma, compreende-se que processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira impacta diretamente a assistência em saúde mental, constituindo uma rede substitutiva de serviços de atenção ao sujeito com sofrimento psíquico e ao uso prejudicial de álcool e outras drogas (Nunes, Lima, Portugal & Torrenté, 2019).

Para a construção de um modelo de atenção em saúde mental é fundamental articular ações que promovam a garantia de direitos, como, autonomia, cidadania e inclusão social. O sofrimento psíquico, apesar de envolver aparentemente apenas o âmbito individual, é na verdade construído socialmente e tem relação com valores e normas, sociais e históricas. Nesse sentido, compreende-se que a vulnerabilidade participa do adoecimento da saúde mental. A violação de direitos básicos para sobrevivência, a falta de políticas públicas, o estigma, geram sofrimento psíquico. A saúde mental é diretamente influenciada pelas condições materiais de vida (Brasil, 2013).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi reformulada com o intuito de ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A formulação dessa rede de atenção possui como pautas centrais a ampliação do acesso à atenção psicossocial, promoção de cuidados em saúde para grupos mais vulneráveis, prevenção do consumo e dependência de álcool e outras drogas e promoção e reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes da dependência química na sociedade, através do acesso ao trabalho, à renda e à moradia (Brasil, 2005).

Destaca-se que há diversas variáveis da vida do indivíduo que influenciam na saúde mental, por exemplo, status social, idade, gênero, classe social, condições habitacionais, cidadania, lazer, trabalho. Dessa forma, o paciente precisa ser visto em sua totalidade, e não apenas como um diagnóstico. É necessário compreender o sujeito através de suas particularidades, sua trajetória, território, subjetividade e família.

A partir do entendimento da singularidade de cada usuário, e de que, segundo Grigolo e Pappiani (2014) o adoecimento psíquico é um fenômeno complexo e multifacetado que pode ser causado através de inúmeras questões, o cuidado em

saúde mental precisa considerar diversos planos terapêuticos na rede de atenção à saúde. Sendo assim, os serviços de saúde precisam promover ações ancorando-se no entendimento de humanização como reconhecimento dos diferentes sujeitos inseridos no processo de produção de saúde.

Faz-se necessário: construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade corpo/mente e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive; estabelecer novas bases para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvidos na produção de saúde – profissionais de saúde, usuários(as) e gestores; e a construção de uma cultura de respeito aos direitos humanos, entre os quais estão incluídos os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, com a valorização dos aspectos subjetivos envolvidos na atenção. (Brasil, 2006, p. 7).

Destaca-se a importância de caracterizar a trajetória da saúde mental em uma perspectiva de gênero, pois a sociedade se constituiu a partir de uma construção histórica de relações sociais que são marcadas pela exploração, dominação e desigualdade (Zanello, Fiuza & Costa, 2015). Dentre estas, ressalta-se as opressões circunscritas às relações entre homens e mulheres, uma vez que a organização social se pautou na diferença sexual como fator de estruturação de diferentes papéis sociais. Por este critério biológico, construiu-se um sistema social e cultural diferenciado para as mulheres, que foram alocadas numa condição subalterna em relação aos homens (Pedro, 2005).

De acordo com a vivência das autoras em serviços de saúde mental, acredita-se que não há uma linha de cuidado definida no atendimento a gestantes, podendo ocasionar uma um cuidado que não abarca todas as demandas da usuária. Sendo assim, compreende-se que a realidade e contexto das



instituições públicas direcionadas à assistência à saúde de mulheres em fase gestacional, uma problemática que tem sido recorrente é a prevalência de mães usuárias de psicoativos e/ou em sofrimento psíquico. Esta situação tem exigido estudos que contribuam na elaboração de novas abordagens e intervenções que dêem conta dessa realidade, visto que esta problemática tem consequências diretas à saúde e autonomia dessas mulheres, bem como de suas crianças.

A importância de análises acadêmicas sobre esse tema corresponde também à necessidade de intervenções institucionais e profissionais vinculadas aos direitos de cidadania e princípios éticos progressistas. Isso se deve ao fato de que, muitas vezes, essas demandas sociais são compreendidas e atendidas por um viés preconceituoso e moralizador, e não como uma ação de saúde pública.

Portanto, esta pesquisa teve como objetivo central analisar a assistência para gestantes em sofrimento psíquico e em uso de álcool e outras drogas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Distrito Federal. E de forma específica, realizar um levantamento das normativas e orientações quanto ao atendimento para grávidas em saúde mental no Distrito Federal, identificar a existência de linhas de cuidado específicas para gestantes nos CAPS ad e CAPS Geral e analisar utilizado pelos profissionais de saúde mental no atendimento a gestantes.

### **Referencial teórico**

No campo das relações de poder, papéis sociais foram estipulados ao sexo feminino, definindo-o como frágil, cuidador e, por isso, responsável pela vida doméstica, incapaz de ocupar postos no mercado de trabalho (Zanello et al., 2015). Tais concepções, estruturam o sistema patriarcal que, conforme Cunha (2014), inaugura uma relação de dominação e submissão da mulher em relação à figura masculina, a qual passa a exercer exclusivamente a função de dona de casa, responsável pelo cuidado integral dos filhos,

satisfação sexual de seus maridos e reprodutoras da força de trabalho. Nesse sistema, o homem é a figura central e de autoridade máxima da família, pois tem como função prover o sustento. Dessa forma, entende-se que nesse sistema as mulheres ocupam uma posição de dominadas e exploradas estabelecendo a opressão feminina.

Esse modelo societário repercute em todos os âmbitos, do espaço doméstico ao público, marginalizando o gênero feminino a partir da concepção de que mulheres são seres inferiores devido às diferenças sexuais, físicas e biológicas. O patriarcado está presente nos espaços públicos, o próprio Estado reproduz essa ideologia por meio de políticas públicas ou pela ausência delas, tornando explícito a desigualdade de direitos para as mulheres (Oliveira & Cavalcanti, 2007).

Em decorrência disso, a mulher sofre com a marginalização pelo simples fato de ter nascido mulher, que foi naturalizada como ser humano inferior. Bell Hooks (2020) pontua que no caso de ser negra, essa mulher se depara com uma discriminação dupla, intensificada pela presença do racismo na sociedade, herança histórica da escravidão. E ainda há um terceiro aspecto de discriminação voltado ao corpo feminino, no qual pertencer às classes mais baixas a torna alvo de mais uma violência do sistema patriarcal.

Cabe ressaltar a necessidade de uma categoria que engloba mulheres e não apenas mulher, para ressaltar as diversas distinções que se tem. É importante entender que a subordinação sofrida pelo sexo feminino é distinta, pois as opressões acontecem de forma desigual devido a variáveis como raça, classe e sexualidade (Pedro, 2005). Isto é, compreender que ao falar de mulheres, o campo interseccional é uma questão importante a ser discutida (Dantas, Meira, Bredemeier & Amorim, 2023).

Na história, especificamente no Egito Antigo, acreditava-se que no interior do corpo humano feminino havia uma condição de malignidade devido à presença do útero, órgão

responsável por produzir sintomas similares ao quadro da histeria, por isso era uma espécie de loucura. Durante a Idade Média, diversas mulheres foram consideradas bruxas pelo Movimento Inquisitor. No geral, eram consideradas bruxas as mulheres pobres, de origem rural e que apresentavam condutas estranhas, indicativos de possessões demoníacas. Esses comportamentos eram considerados equivalentes com os quadros de histeria, depressão, melancolia ou ansiedade (Pegoraro & Caldana, 2008).

Esse movimento de caça às bruxas expandiu a associação entre mulheres e a loucura, o exercício da sexualidade, a negação ao matrimônio e à maternidade. Então, ao longo da Idade Moderna, consolidou-se a associação entre o útero e a loucura da mulher, que estava posta em uma posição de subalternidade frente ao homem, em todos os aspectos, inclusive o mental. No século XIX, o período da puberdade era o momento considerado favorável para o aparecimento de várias doenças, como, a histeria, melancolia e mania. Os casos considerados mais graves eram tratados em asilos de perturbações femininas, enquanto o casamento era recomendado como modelo de cuidado para questões consideradas mais brandas, como a histeria (Pegoraro & Caldana, 2008).

Em razão disso, percebe-se que a trajetória dos cuidados em saúde mental é atravessada também por uma questão de gênero. Compreende-se que a saúde mental da mulher é afetada por vários aspectos, como, social, cultural, econômico. É necessário evidenciar o excesso de funções atribuídas à mulher e como isso impacta na sua saúde física e mental. A condição social feminina nessa sociedade vem carregada de demandas e expectativas, como ser uma boa esposa, uma mãe presente e cuidadosa, responsável pelos afazeres domésticos, parceira sexual ativa. Além disso, devido ao contexto de subalternidade imposta ao longo da história, as mulheres são diariamente vítimas de violência sexual, moral, patrimonial, psicológico.

Segundo Zanello (2018), em uma sociedade permeada pelo sexismo e na qual o binarismo se entrelaça nas dinâmicas sociais, é essencial frisar a existência de emoções que são socialmente permitidas e validadas de acordo com o gênero, dentro das representações construídas pela sociedade. O processo de se tornar homem ou mulher nesses cenários implica em processos afetivos singulares.

Ao longo do tempo, particularmente sob a influência da leitura e escrita, o amor romântico passa a ser consumido, contribuindo com a representação da aparência feminina como fator crucial de valor nas dinâmicas amorosas, reforçando a percepção de que o homem e o amor devem desempenhar papéis fundamentais na existência feminina. Na contemporaneidade, o dispositivo amoroso é permeado pela pressão estética, que não apenas impacta a autoconfiança e autoestima das mulheres, mas também direciona seus sonhos e objetivos. Isso levanta questionamentos sobre o valor da mulher aos olhos dos homens, que as colocam em uma espécie de “prateleira do amor”. Esse fenômeno não apenas concede aos homens uma posição de escolha e consumo, mas também fomenta entre as mulheres uma dinâmica de rivalidade, enquanto reforça a objetificação sexual (Zanello, 2018).

A autora explica que o dispositivo materno se refere à naturalização da habilidade de cuidar atribuída às mulheres e às ramificações decorrentes desse cuidado. Nesse contexto, a mulher, mesmo sem filhos, é designada para assumir a responsabilidade de cuidado de alguém, resultando assim em uma sobrecarga para ela, ou ainda no sofrimento decorrente de não se adequar ao padrão social da mulher como mãe.

Pegoraro e Caldana (2008) afirmam que do ponto de vista epidemiológico, as mulheres apresentam maiores índices de depressão, distímia, desordens afetivas, distúrbios de ansiedade generalizada, ataques de pânico e desordens alimentares. Conforme dados do relatório de saúde mental da OMS de 2022, constata-se que, das 970 milhões de pessoas que enfrentam desafios psicológicos, 52,4%

são mulheres. No entanto, os transtornos depressivos e de ansiedade são mais recorrentes entre as mulheres em comparação aos homens. Em contrapartida, o Fórum de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) em 2022 evidencia que os homens apresentam uma propensão mais acentuada a transtornos relacionados ao uso abusivo de substâncias psicoativas.

Em razão disso, é fundamental que exista uma proposta de cuidado em saúde mental que pense o gênero e que abarque demandas específicas do público feminino, como, por exemplo, a gestação, que é um momento de significativas transformações para vida da mulher, no organismo, em sua saúde mental e no seu papel sócio-familiar. De acordo com Rocha e Fuks (2019) já está constatado na literatura que o período gravídico-puerperal é uma etapa que pode acarretar sofrimento psíquico na mulher e que necessita de um cuidado especial para manutenção do seu bem-estar. Durante a gestação, fase de diversas alterações hormonais, a intensidade das alterações psicológicas decorrerá de fatores familiares, conjugais, sociais, culturais e de personalidade da gestante (Falcone, Mäder, Nascimento, Santos & Nóbrega, 2005).

A partir da naturalização de que toda mulher quer e deve ser mãe, a maternagem se constitui como uma vivência supostamente instintiva (Arrais, Mourão, & Fragalle, 2014). Assim, passa a ser imposta ao papel social da mulher repercutindo em sua saúde mental. Dessa forma, acredita-se que a maternidade não será algo complexo e que toda genitora está pronta para esse processo, o que é um equívoco que gera sofrimento psíquico, pois as mães se sentem desqualificadas e decepcionadas nesse momento.

Percebe-se que há poucos estudos sobre a compreensão das próprias mulheres acerca de sua saúde mental, o que corrobora para políticas públicas que não contemplem de forma efetiva prioridades fundamentais para esse público. Dessa forma, é notável que algumas demandas do público feminino são negligenciadas na área da saúde mental, como

atenção à saúde mental na gravidez, o cuidado pré e pós-natal, comorbidades, violência doméstica e diferenças no desenvolvimento de alguns distúrbios mentais (Pegoraro & Caldana, 2008).

Entende-se que isso é um reflexo de uma sociedade que iniciou a construção de políticas para o público feminino de forma tardia. De acordo com o Ministério da Saúde, a partir da década de 1930 o Brasil incorpora políticas de saúde direcionadas às mulheres, as quais são restritas às questões relativas à gravidez e ao parto. Tal movimento é reflexo de uma sociedade que possui uma perspectiva sobre o corpo feminino unicamente biológico e que vê como central a função de reprodução. Diante disso, é visível o caráter patriarcal que reforça que a mulher tem uma função social de mãe e dona do lar, responsável por criar e educar seus filhos e o cuidado com outros familiares e da casa (Brasil, 2004).

No contexto de redemocratização, de reforma sanitária e das lutas feministas, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher – PAISM, divulgado oficialmente em 1984, prevendo a ampliação da assistência à saúde da mulher para além das fases gestacional e puerperal, até então, vigentes. Já preconizando uma abordagem mais integral, o programa abarcava políticas reprodutivas como o planejamento familiar sob a perspectiva educativa.

Em 2004, é criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher que dialoga com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) durante todo o documento, ou seja, integralidade, equidade e universalidade, e buscava ampliar as propostas da PAISM, apresentando como um dos objetivos centrais a promoção em saúde. A política engloba questões relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos, combate à violência doméstica e sexual, tratamento do HIV/AIDS e doenças crônicas não transmissíveis. Além disso, é o primeiro documento que apresenta a percepção de gênero, raça, geracional e de classe social. Dessa forma, é possível ampliar a atuação da saúde pública para grupos sociais que

historicamente são minorias que detêm diversos direitos negados, como, mulheres negras, indígenas, trabalhadoras do campo, mulheres presas e lésbicas (Brasil, 2004).

Apesar da política estabelecer uma abordagem progressista sobre a saúde da mulher e compreender que vai além da reprodução, possui como centrais questões relacionadas à pré-natalidade, ao parto e a anticoncepção, retornando à atenção à saúde da mulher focalizada no âmbito reprodutivo. O documento se mantém mais como um aparato teórico, pois na prática houve várias lacunas na atenção integral à saúde da mulher, não atendendo demandas que vão além do ciclo gestacional (Costa, 2007).

Apesar disso, é crucial ressaltar a importância de reconhecer iniciativas que garantam o acesso a serviços de planejamento familiar e à disponibilidade de métodos contraceptivos para mulheres que assim desejarem. A permanência em instituições de saúde deveria, em princípio, simplificar o acesso a recursos como o Dispositivo Intrauterino (DIU), pois a partir da Portaria nº 3265 de 2017, passa a ser possível acessar o DIU no âmbito do SUS. É necessário destacar que a Portaria/SCTIE nº 13 de 2021, emitida pelo Ministério da Saúde, abarcou o implante subdérmico de etonogestrel (Implanon) no escopo do SUS para mulheres em situação de rua, mulheres com HIV e aquelas privadas de liberdade.

Falcone et al., (2005) afirmam que através de uma pesquisa sobre depressão na gestação na última década, foram constatados alguns fatores de risco que são: as dificuldades econômicas, a falta de parceiro, suporte familiar e social; e intercorrências durante a gestação, como baixo peso e irritabilidade do bebê. Por isso, é fundamental atuação multiprofissional com gestantes com intuito de identificar demandas, compreender o momento histórico da gravidez, os fatores sociais, culturais e econômicos que permeiam esse processo. É importante que durante a assistência pré-natal seja incluído o cuidado nas demandas psicossociais e culturais, dessa

forma, compreender a complexidade das questões de vida daquela mulher para que seja possível encaminhar para o serviço de referência em saúde mental adequado.

Com base na compreensão de que durante a gestação é um direito básico usufruir da cobertura total da saúde pública, é fundamental que as políticas e os serviços de saúde consigam atender as mais diversas especificidades apresentadas em cada realidade social. Diante dessas circunstâncias, como se configura a linha de cuidado para gestantes nos serviços de saúde mental da atenção secundária no Distrito Federal?

### Método

As indicações metodológicas desse projeto atrelam-se à uma visão da realidade social guiada por princípios do método crítico dialético, que apreende os fenômenos sociais na sua dimensão contraditória e articulada à totalidade das relações sociais. Nesse sentido, compreende que a realidade social não é neutra e que o homem sofre influência da sociedade, mas também a transforma. Com base nesses processos teórico-metodológicos elegeu-se como principais procedimentos metodológicos: pesquisa qualitativa e documental.

A metodologia adotada neste estudo incluiu a realização de entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial AD III e em um Centro de Atenção Psicossocial II Geral no Distrito Federal. As entrevistas foram conduzidas com o objetivo de obter informações sobre o atendimento a usuárias que estão grávidas nestes serviços de saúde mental.

No presente estudo, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos participantes. Os critérios de inclusão abrangiam profissionais de saúde de nível superior e médio das áreas de psicologia, serviço social, medicina, enfermagem e terapia ocupacional que realizassem atendimento a gestantes ou puérperas que fizessem uso abusivo de álcool e outras drogas, ou que



tivessem feito uso durante o período gestacional, bem como gestantes em sofrimento psíquico intenso. Além disso, os participantes deveriam ser maiores de 18 anos. Por outro lado, o critério de exclusão foi aplicado aos profissionais de saúde que, mesmo atuando no local da pesquisa, declarassem não realizar atendimento a gestantes ou puérperas usuárias de álcool e outras drogas.

Foram realizadas um total de cinco entrevistas, sendo que uma delas foi excluída, pois não estava de acordo com os critérios de inclusão na pesquisa. Nesse caso, o profissional afirmou não ter atendido nenhuma gestante naquele serviço. As entrevistas foram conduzidas com profissionais de nível superior, baseando-se em um roteiro composto por quatro perguntas desenvolvidas a partir dos objetivos da pesquisa.

A escolha da entrevista como ferramenta de coleta de dados se deu pela possibilidade de interação social que proporciona e pela flexibilidade de novas interações durante o processo. A autora do estudo justificou a escolha pela abordagem semiestruturada, que permitiu a adaptação das perguntas de acordo com o contexto e as respostas dos entrevistados.

Para realização das entrevistas, o projeto foi enviado para submissão no CEP/CONEP e aprovado conforme (CAAE 65269552.9.0000.553). Após as devidas apresentações e esclarecimentos sobre a pesquisa aos participantes, é necessário que os profissionais assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como determina a resolução 466/12 que regulamenta Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012).

No início do estudo, os profissionais foram convidados a participar e, em seguida, foram realizadas as entrevistas nos dois serviços selecionados. Após a coleta de dados por meio das entrevistas, os dados foram transcritos adequadamente para permitir a análise das informações coletadas. As

entrevistas foram conduzidas pelo pesquisador principal no local de trabalho dos participantes, que concordaram em participar do estudo após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No estudo, participaram cinco profissionais de diferentes categorias, sendo três deles servidores do CAPS II Geral e dois do CAPS III ad.

Nesta pesquisa, foi utilizada a técnica empírica da Análise de Conteúdo proposta por Bardin, que tem como uma de suas funções o 'desvendar crítico', ou seja, a interpretação aprofundada e reflexiva do conteúdo das mensagens. Com o objetivo de produzir deduções lógicas sobre as mensagens analisadas, a Análise de Conteúdo utiliza critérios de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo das mensagens. Além disso, ela possibilita a interpretação de diversas formas de comunicação, visando compreender seu sentido e significado e reduzir as incertezas na interpretação dos dados. Para a realização da análise de conteúdo, Bardin propõe três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados por meio de inferência e interpretação (Bardin, 2016).

A primeira etapa, denominada pré-análise, consiste na identificação dos temas relevantes da pesquisa. Nessa fase, a pesquisadora realizou uma leitura crítica do material coletado para identificar as questões centrais que serão exploradas na discussão do trabalho. No presente estudo, o tema escolhido foi a avaliação do atendimento a gestantes em serviços de saúde mental.

A segunda etapa do processo de análise de dados é a exploração do material. Nessa fase, foi realizada a coleta e organização dos dados obtidos através das entrevistas realizadas com os participantes da pesquisa. Esses dados foram transcritos e revisados para garantir que estejam completos e precisos.

A terceira etapa, consiste na análise das respostas dos participantes com o objetivo de identificar as diferentes percepções sobre o atendimento a gestantes em serviços de saúde mental, bem como as barreiras encontradas

nesse processo. Nesse sentido, essa etapa busca identificar padrões, categorias e temas importantes no material coletado.

A quarta etapa do processo de análise de dados é a inferência e interpretação. Nessa fase, o objetivo é interpretar os resultados a partir de uma perspectiva mais ampla, buscando relacioná-los com as políticas públicas de assistência à saúde mental e com a Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal. Por fim, a quinta etapa, a conclusiva, consiste na apresentação dos resultados da pesquisa, acompanhados de uma discussão que relaciona os dados obtidos com a trajetória das políticas públicas voltadas para a assistência à

saúde da mulher, bem como o cuidado em saúde mental para gestantes.

### Resultados e discussão

Com o intuito de atingir os objetivos propostos, foram realizadas cinco entrevistas junto aos profissionais do CAPS II Geral e CAPS III Ad. Dentre estas entrevistas, uma foi descartada da tabulação dos dados, visto que o entrevistado relatou nunca ter prestado atendimento a gestantes naquele serviço de saúde mental, que é um dos critérios de exclusão da pesquisa. Dessa forma, a amostra utilizada na análise dos dados é constituída por quatro entrevistas.

#### Quadro 1

##### *Atendimento a gestantes, você atende*

A	<i>Sim. Eu só não vou saber, porque assim a gente tem casos de grávidas dependentes químicas que fazem tratamento aqui, só que acho que a gente não vai ter um acompanhamento assim, porque a gente acaba vendo a situação que prevalece mais. Se é a questão, porque até mesmo parece que tem todo um protocolo que precisa ser seguido né, o pré-natal dessa coisa toda. Assim eu atendo, a pergunta assim objetiva, eu atendo. Mas assim não vou saber se precisar quem são os casos e tal. A gente acaba redirecionando para os outros serviços.</i>
B	<i>Atualmente eu não estou acompanhando nenhum, mas os atendimentos geralmente são feitos no acolhimento por demanda livre.</i>
C	<i>Sim, atendo sim</i>
D	<i>Sim. Aparece sim.</i>

Nota. quadro elaborada pela autora.

Em relação ao atendimento a gestantes, todos os participantes afirmaram que já atenderam e ainda atendem gestantes nos serviços de saúde mental. Destaca-se que o profissional A afirmou que atende grávidas, mas que não é comum a continuidade do acompanhamento, porque são encaminhadas para outros serviços de cuidado em saúde, evidenciando barreiras no acesso ao centro de atenção psicossocial para este público.

A Nota Técnica SEI - GDF N° 02/2019 define os parâmetros para o encaminhamento de adultos aos serviços de saúde mental na atenção secundária e apresenta os critérios de exclusão para o acesso aos centros de atenção psicossocial. O referido documento expõe os casos que não necessitam de acompanhamento em níveis mais complexos de atenção e que devem ser direcionados para outros serviços, como atenção básica. Os critérios apresentados são: transtornos mentais que estejam com

quadro clínico estabilizado, que apresentem leve impacto no funcionamento geral, social ou ocupacional; transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas que não caracterizem síndrome de dependência; processo de luto, por até 8 semanas, sem sinais de alerta; transtorno de ajustamento; distímia; pessoas com direito ao usufruto de passe livre devido à deficiência intelectual; quadros demenciais avançados, em que haja necessidade de cuidados contínuos devem ser avaliados quanto ao encaminhamento da APS para equipes do NRAD ou outros serviços da rede; demandas relacionadas às violências sexual, física, familiar, psicológica, dentre outras, devem ser encaminhadas para o CEPAV; e demandas de saúde mental em menores de 18 anos para CAPS Infantil, COMPP e Adolescento.

Dessa forma, de acordo com a Nota Técnica, o período gestacional não entra como

critério de exclusão para o atendimento em saúde mental nos serviços de atenção secundária. Sendo assim, gestantes em sofrimento psíquico intenso ou com uso abusivo de substâncias psicoativas devem ser

atendidas e acompanhadas pelos serviços CAPS e CAPS ad, mesmo quando realizam acompanhamento em outros serviços para o cuidado específico do período gestacional.

Quadro 2

*Orientações específicas do serviço sobre o tipo de atendimento*

A	<i>Assim aqui é uma equipe multiprofissional né, eu, por exemplo, sou assistente social né, acaba que assim, a pessoa chega e a gente vai direcionando para os caminhos prioritários. Se tem alguma questão do serviço social, eu nunca recebi um treinamento para isso, nunca recebi. Se tem alguma coisa de benefício, nesse sentido eu acabo atendendo. Eu não entendi direito se a questão, se tem orientações.</i>
B	<i>Não, só questão de prioridade para grávidas pois isso é lei em qualquer canto. Quando chega a gente dá prioridade para as gestantes, mas nada de protocolo específico para gestante não. É bem geral mesmo, é em cima da demanda, da necessidade do momento. Nada muito direcionado e se eu atendi alguma gestante foram poucas.</i>
C	<i>A gestante aqui no serviço tem que ter um atendimento diferenciado, então nós temos profissionais da enfermagem que fazem a consulta de enfermagem dessas usuárias gestantes e direciona o atendimento a partir da realidade física e psicológica da paciente.</i>
D	<i>Não.</i>

Nota. Quadro elaborada pela autora.

Quando perguntado se os serviços possuem orientações específicas quanto ao atendimento para grávidas, apenas um profissional afirmou que não tem instruções específicas para esse público. Os participantes A e B afirmaram que não há orientações específicas, porém, explicaram que a única orientação em relação a gestantes é a prioridade no atendimento. Dessa forma, apresenta-se a categoria que será chamada de dado contraditório, isto é, ao mesmo tempo que afirmam não existir orientações específicas informam que as gestantes possuem prioridade para o atendimento baseado em uma legislação nacional, sendo assim existe uma orientação para o atendimento a gestantes.

De acordo com a Lei 10.048, promulgada no ano 2000, é instituído o atendimento prioritário para determinadas categorias de indivíduos em diversos espaços públicos e privados. Especificamente, a lei estabelece que pessoas com deficiência física, idosos com idade igual ou superior a 60 anos, gestantes, lactantes e pessoas acompanhadas por crianças de colo sejam contemplados com atendimento preferencial em repartições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos, instituições financeiras,

logradouros e sanitários públicos e veículos de transporte coletivo.

Cabe ressaltar que apenas um entrevistado afirmou que naquele serviço, as gestantes precisam passar por uma avaliação da equipe de enfermagem para direcionamento do tratamento, que levará em consideração questões físicas e psicológicas. Acredita-se que seria o caminho que mais se aproxima de um cuidado mais abrangente.

Quanto à existência de uma linha de cuidado utilizada no atendimento a gestantes, dois entrevistados afirmaram que não há um protocolo ou caminho específico para gestantes naquele serviço. Verifica-se que o profissional A afirma haver um protocolo, porém explica que normalmente o direcionamento da equipe no acolhimento às gestantes no serviço é de encaminhamento para outros serviços de saúde, como Unidade Básica de Saúde (UBS) e o Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB). Sendo assim, nota-se a presença da categoria dado contraditório novamente, porque existe um protocolo, mesmo que informal, que é caracterizado pelo encaminhamento para outros serviços, os quais acredita-se que são especializados para o atendimento em saúde mental das gestantes.

Quadro 3

Existe algum protocolo ou caminho específico?

A	<i>Não tem. Me parece que os casos que ocorrem quando tem essa situação a gente meio que prioriza a criança, o bebê. Entendeu? Aí a pessoa né, não é que ela saia, a gente dá uma orientação assim olha agora você tem uma outra pessoa para se importar e que você tem que tomar um determinado cuidado. Aí a gente faz esse direcionamento, que seja pra UBS que seja para o HMIB, que seja para alguma situação desse sentido. Não é um protocolo mas é um entendimento da equipe como um todo, entendeu? Então como vai ser a questão psiquiatria, aí não pode porque tem um monte de medicação que não pode tomar, aí eu acho que é mais nesse sentido.</i>
B	<i>Não.</i>
C	<i>Sim, nas consultas de enfermagem faz o acompanhamento e principalmente o link com atenção básica, porque aqui é um serviço de saúde mental, e o acompanhamento específico para a gestante é esse monitoramento e acompanhamento do pré-natal junto à atenção básica e aqui no CAPS específico é direcionado para grupos que levem em consideração as limitações físicas, clínicas e psicológicas da paciente.</i>
D	<i>Não.</i>

Nota. Quadro elaborada pela autora.

A Atenção Primária se configura como porta de entrada do SUS e como o primeiro nível de atenção em saúde de uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente. A UBS é o primeiro contato do usuário com os serviços de saúde e é o ponto central de comunicação de toda a Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2012).

A Atenção Básica é um serviço estratégico no âmbito da saúde mental, cujo propósito é promover ações em saúde de forma compartilhada e prestar suporte às equipes de Saúde da Família (eSF), por meio do apoio matricial em saúde mental oferecido pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Portanto, a UBS é também um espaço de cuidado em saúde mental, na atenção primária, e é responsável pelo atendimento de casos de sofrimento psíquico de menor gravidade.

Assim, pode haver situações em que a gestante com sofrimento psíquico seja acompanhada pela atenção primária, enquanto em casos mais graves e complexos de adoecimento, a usuária precisa de acompanhamento terapêutico nos centros de atenção psicossocial. Destaca-se que é fundamental que as gestantes realizem o acompanhamento pré-natal, independentemente de estarem sendo atendidas em algum serviço de saúde, como o CAPS. O pré-natal possibilita o diagnóstico e tratamento

de doenças que possam prejudicar a gestação, garantindo a saúde tanto da mãe quanto do bebê. Nesse sentido, a UBS é responsável por oferecer esse tipo de assistência, por meio de consultas periódicas, exames de rotina e orientações sobre cuidados durante a gestação, como alimentação adequada e atividades físicas. Além disso, a UBS é capaz de identificar casos de gestação de risco e encaminhar as gestantes para atendimento especializado em serviços de maior complexidade.

O HMIB é um hospital de referência para o atendimento de gestantes e crianças no Distrito Federal. No âmbito da saúde mental, este serviço oferece atendimentos de urgência, emergência e em nível ambulatorial.

A Portaria nº 536, de 08 de junho de 2018, estabelece as normas e fluxos assistenciais para os casos de urgência e emergência em saúde mental no âmbito do Distrito Federal. Conforme a norma, tais casos devem ser atendidos em serviços hospitalares, observando-se a hierarquização dos serviços de acordo com a complexidade, com o propósito de assegurar a continuidade do cuidado ao usuário com transtorno mental. Ainda na Portaria, é apresentado que os usuários com necessidade de internação referenciados pelo CAPS poderão ser encaminhados diretamente às Unidades de Psiquiatria com retaguarda clínica. Por fim, o documento ratifica que os



usuários de crack, álcool e outras drogas, que apresentarem um quadro instalado ou iminente de síndrome de abstinência devem ser atendidos em serviços de urgência e emergência para avaliação do seu estado. Portanto, entende-se que o HMIB é um serviço especializado no atendimento a gestantes e oferece atendimento em saúde mental, porém em outro nível de complexidade e com intuito de atender casos graves relacionados aos transtornos mentais e dependência química em situações de abstinência e intoxicação severa.

O suporte hospitalar acontece através de internações de curta duração para os usuários com dependência química, em situações que evidenciem a presença de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica. De acordo com as determinações da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, o acolhimento aos pacientes precisa acontecer em regime curtíssimo ou curta permanência. O funcionamento acontece em regime integral, durante 24 horas, sem interrupção da continuidade do cuidado.

Conforme estabelecido pela Portaria, o cuidado especializado em Hospital Geral deve estar articulado com o projeto terapêutico singular construído pelo serviço de referência do usuário, sendo a internação um mecanismo de curta duração até a estabilidade clínica. Caso o usuário não esteja vinculado a outro serviço da rede, o hospital deve vinculá-lo a um centro de atenção psicossocial. Destaca-se que a

possibilidade de internação deve ser considerada apenas quando a rede de atenção psicossocial estiver ausente ou quando as possibilidades se esgotarem nesses serviços substitutivos. Ressalta-se que, em casos de usuárias que estão no período gestacional, é necessária uma avaliação que leve em consideração a saúde tanto da mãe quanto do bebê, para que a necessidade de internação e o tempo de duração sejam avaliados levando em conta o bem-estar da mãe e de seu filho.

Considerando a complexidade dos serviços, é fundamental acolher gestantes que buscam atendimento nos CAPS Geral e CAPS Ad. É importante salientar que, caso seja verificado que a usuária apresenta sofrimento psíquico intenso decorrente de transtornos mentais graves e persistentes ou do uso abusivo de drogas, tais como o crack e o álcool, ela deve receber acompanhamento especializado por meio desses serviços.

Ainda sobre a existência ou não de uma linha de cuidado, um entrevistado afirma que há um protocolo definido. Esse protocolo consiste em orientações quanto à importância do pré-natal, esclarecimentos sobre a necessidade de acompanhamento contínuo com a equipe de saúde da família durante a gestação e ajuste medicamentoso devido às contraindicações de algumas medicações no período gestacional.

#### Quadro 4

##### *Existe fluxo de atendimento*

A	<i>Não tem um fluxo específico né, ele é um caso como os outros né. Talvez a gente, como tem outros também né adolescente, idoso e tal a gente não tem essa distinção, a gente tem o caso e procura conhecer quais são as demandas ali e vai direcionando para os profissionais. Aí seja participação em grupo, atendimento individual, outros pontos da rede, entendeu? É um fluxo comum, o mesmo.</i>
B	<i>Ela pode vir por demanda espontânea ou ela vem através de uma orientação da família ou de alguma rede de apoio, unidade básica de saúde, atendimento de emergência. Ela chega para o acolhimento, e aí a gente faz uma espécie de escuta e triagem para ver qual que é a demanda real da gestante né, é importante saber em que período da gestação ela se encontra, se já está sendo acompanhada em pré-natal, porque isso é importante também para a gente fazer um trabalho em conjunto com a equipe da UBS. Se ela ficar no serviço, então a gente escuta um pouco dessa história, se essas crises vieram após a gestação, se tem histórico de crises anteriores. Então, a gente dá esse momento de escuta e aí a gente observa se há realmente perfil para atendimento em CAPS, se tem perfil a gente já insere no grupo de boas-vindas que é onde monta o PTS e faz os agendamentos individuais. A gente verifica alguns pontos importantes, como, se tem histórico de depressão pós-parto anterior né, se já alguém da família apresenta sintomas parecidos, que sintomas são esses, se são sintomas de risco que as vezes demandam mais atenção, às vezes não precisa de medicação mas requer uma escuta aí a gente deixa ela com uma frequência maior no serviço. Traz a família para junto do serviço também para ajudar nesse processo do pós-parto, e como</i>

	<i>ela vai lidar com isso, se ela vai precisar ficar um tempo afastada do CAPS ou se ela pode ficar um periodozinho e depois retornar. Então, a gente tenta fazer essa orientação tanto para o paciente quanto para a família para ela também não se desvincular de uma vez.</i>
C	<i>Primeiro, então o fluxo geral dos pacientes aqui é o acolhimento. Se após o acolhimento, a paciente está gestante, ela é encaminhada para o grupo de boas-vindas que é onde a gente apresenta o CAPS e faz e traça o atendimento PTI, plano terapêutico individual. Nesse PTI, se a usuária for gestante, já é direcionado para entre os atendimentos propostos a consulta de enfermagem, na consulta de enfermagem identifica todas essas, o quadro da paciente, se está sendo acompanhada se não está. Além disso, direciona sim para grupos mais adequados dentro do quadro clínico e psicológico da paciente.</i>
D	<i>Então, eu oriento o pré-natal o quanto antes e faço o ajuste da medicação para a medicação com partilha de medicação. E geralmente eu reforço a questão da psicoterapia também, já que é um momento delicado do ponto de vista emocional, tanto pela gestação quanto pelo transtorno, que o torna a gestação de maior risco. Tem medicações muito seguras e têm medicações que a gente tem que medir o risco benefício para usar.</i>

Nota: Quadro elaborada pela autora.

Quando perguntado sobre qual é o fluxo de atendimento para as gestantes, um entrevistado afirmou que é o mesmo fluxo para todos os usuários. Então, a gestante vai passar pelo acolhimento, e de acordo com as demandas apresentadas vai ser direcionada para os profissionais de referência. Os entrevistados B e C relatam que o fluxo para gestante difere apenas na execução do Projeto Terapêutico Singular (PTS) pois será adequado de acordo com as condições clínicas da usuária. Por fim, um participante afirmou que o fluxo, após verificar se a usuária está realizando pré-natal, é a indicação de psicoterapia, pois considera ser um momento difícil no ponto de vista emocional, ainda mais se tiver a presença de um transtorno de base, caracterizando a gestação como de risco.

Observa-se por meio das respostas dos entrevistados que há um fluxo específico destinado às usuárias grávidas, que engloba uma linha de cuidado que considera demandas específicas do período gestacional, tais como o estado de saúde da mãe, adaptação da prescrição médica conforme necessária e comunicação com a UBS com o propósito de assegurar a co-responsabilidade dos serviços no cuidado da usuária.

### Discussão

A análise das entrevistas evidenciou a ausência de diretrizes específicas para o atendimento de gestantes nos serviços em questão. Em vez disso, as gestantes são atendidas de acordo com suas necessidades e

demandas, como os demais usuários. Essa prática vai de encontro com a metodologia de trabalho dos CAPS, que, por um lado, procura reduzir as barreiras de acesso aos serviços, não delimitando excessivamente perfis de usuários com base em condições de saúde ou adoecimentos específicos e, por outro, busca construir um cuidado que reconheça a história, as relações e a subjetividade propondo um PTS (Grigolo & Pappiani, 2014).

O PTS, realizado de forma conjunta entre o usuário e a equipe multiprofissional, sugere uma discussão aprofundada sobre como os serviços de saúde, a família e o território serão integrados nesse processo terapêutico, atentando-se para as necessidades e possibilidades singulares. Embora o projeto terapêutico seja elaborado de maneira multiprofissional, é fundamental que o usuário tenha um técnico de referência mais próximo do paciente. Esse profissional, a partir do vínculo, estará encarregado de reavaliar o projeto, em conjunto com o sujeito, sempre que necessário, com o objetivo de garantir uma estratégia abrangente que contemple aspectos subjetivos, sociais, familiares e laborais (Grigolo & Pappiani, 2014).

Na prática, no entanto, a gestação muitas vezes é percebida como um alerta da condição de saúde da mulher, o que pode ofuscar a devida atenção no acolhimento e na vinculação da usuária ao serviço, dificultando a possibilidade de continuidade do tratamento também no CAPS. Assim, parece haver uma preocupação em direcionar a gestante para

outros serviços de saúde, específicos ao acompanhamento materno-infantil.

Historicamente o campo da saúde mental é atravessado pelo paradigma biomédico, o qual é caracterizado por uma visão organicista dos problemas, em que a eficácia do tratamento está relacionada à medicação. Além disso, há pouca preocupação com o indivíduo e seus vínculos, e acredita que o sofrimento psíquico é tratado em hospitais psiquiátricos longe do convívio social. O Movimento da Reforma Psiquiátrica, com o intuito de romper com a hegemonia do modelo asilar, iniciou um processo de transição paradigmática para romper com o paradigma biomédico e estabelecer o paradigma psicossocial. Em contraposição ao biomédico, o paradigma psicossocial se estabelece através do trabalho em equipe interprofissional, o uso de diferentes recursos terapêuticos, prezando pela reinserção social da pessoa em sofrimento psíquico, incluindo a família e a comunidade como corresponsáveis no cuidado (Sousa, Maciel & Medeiros, 2018).

Sousa et al. (2018) ressaltam que, apesar dos avanços do cuidado em saúde mental no Brasil, introduzido pelo Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental na década de 1970, percebe-se que a relação da sociedade com a pessoa em sofrimento psíquico ainda está marcada pela herança do período asilar, mantendo os estereótipos de periculosidade e enclausuramento. Sendo assim, é possível identificar a presença de dois paradigmas opostos, no campo da saúde mental no Brasil.

Dessa maneira, compreende-se que a prática do encaminhamento está atravessada pelo paradigma biomédico, devido a supervalorização do saber médico, a ênfase nas determinações orgânicas, o cuidado centrado nos atendimentos médicos, no aspecto biológico da gestação. Por isso, uma visão reducionista da experiência subjetiva e do sofrimento das mulheres e das possibilidades terapêuticas do serviço.

A falta de detalhamento em relação a atuações específicas com usuárias gestantes

pelos profissionais entrevistados sugere que, na prática, esse encaminhamento ocorre em virtude da visão reducionista frequentemente atribuída às mulheres em processo gestacional, as quais possuem diversas singularidades que transcendem ao momento da gestação. Reforçando assim, o dispositivo materno que superestima o aspecto da maternidade em detrimento da mulher como um ser completo, com desejos, vontades e necessidades próprias (Zanello, 2018). Isso inclui o tratamento referente a intenso sofrimento psíquico e o respeito aos desejos das mulheres em relação ao uso de substâncias psicoativas durante a gestação.

A partir da análise das entrevistas, destaca-se a importância de se discutir a presença de um protocolo informal e não explícito que é o encaminhamento de gestantes acolhidas nos serviços de CAPS para outros serviços de saúde, a fim de realizar um acompanhamento em saúde mental. Acredita-se que tal informação emerge no discurso em virtude das demandas específicas do período gestacional e com o propósito de fomentar a assistência à saúde materna e fetal. Ressalta-se que o encaminhamento deve ocorrer, como preconizado ou como protocolo informal, no entanto, este encaminhamento não pode significar uma interrupção no cuidado dentro do serviço de saúde mental. O ato de encaminhar para outros espaços pode configurar como barreira de acesso para as gestantes aos serviços de saúde mental na atenção secundária. É necessário pensar que antes de uma gestante, aquela usuária é uma mulher que está buscando um serviço devido a um sofrimento psíquico intenso e tem o direito ter o acesso pleno a todos os níveis de assistência em saúde.

A construção de políticas públicas voltadas para o público feminino teve início de forma tardia na sociedade, somente na década de 1930. Nesse contexto, o país adotou políticas de saúde direcionadas às mulheres, as quais, porém, estavam restritas a questões relacionadas à gestação e ao parto. Esse movimento reflete uma sociedade que possui

uma visão exclusivamente biológica do corpo feminino e que valoriza a função reprodutiva como central. Sendo assim, um dos marcos políticos mais importantes no campo das lutas feministas no Brasil e mais especificamente, às políticas públicas de saúde voltadas às mulheres foi o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM. Este programa surge a partir da luta da Reforma Sanitária articulada com o movimento feminista e foi publicado em 1984, antes mesmo da Constituição Federal de 1988 e do SUS.

Apesar deste documento ainda possui heranças conservadoras em relação à saúde feminina, já que dá ênfase à esfera reprodutiva, o documento possui avanços para saúde da mulher porque apresenta ações direcionadas às necessidades prioritárias da população feminina que vão além da atenção materno-infantil. Assim, configurou-se como uma política que atende demandas femininas mais amplas, se aproximando das perspectivas dos direitos humanos, almejando maior autonomia da mulher no controle sobre sua saúde e seu corpo, indo além de uma política materno-infantil (Brasil, 1984).

O programa trouxe a perspectiva de integralidade referindo-se ao compromisso de expandir serviços e ações em saúde que possam contemplar maior cobertura para o público feminino. Reconhecia a necessidade de abranger à atenção ao pré-natal, parto e puerpério e a incorporação de questões que permeiam o sexo feminino da adolescência à terceira idade (Brasil, 1984). Em razão disso, no âmbito da saúde, configurou-se como a primeira política pública que propõe uma concepção sanitária integral sobre a mulher, colocando sobre responsabilidade pela assistência o Governo Federal, Estados e Municípios.

Nas diretrizes gerais da política é ressaltada a imprescindibilidade de que todas as práticas, não só ações em saúde, mas o trabalho técnico reflita sobre a noção de integralidade no atendimento à mulher. Para que essa política seja efetivada, é fundamental que haja uma

reformulação dos programas de capacitação dos profissionais de saúde que permitam o desenvolvimento de práticas de saúde que respeitem a dignidade e a autonomia das mulheres, garantindo o acesso a serviços de qualidade e a um atendimento integral e humanizado.

É importante destacar que, para alcançar um serviço de qualidade não se pode cometer o erro de considerar a mulher branca e de classe alta como o único modelo válido. As experiências de trabalho, lutas e resistência de mulheres negras e indígenas diferem significativamente das mulheres brancas. Especialmente em uma sociedade como a brasileira, marcada pelo racismo estrutural, os fatores sociais atravessam a identidade e a realidade das mulheres.

Um fator adicional que pode contribuir para a prática de encaminhamentos é a questão do uso abusivo de substâncias psicoativas durante o período gestacional. Entende-se que o uso de tais substâncias na gravidez pode gerar prejuízos ao bem-estar físico tanto da mãe quanto de seu filho, sendo, portanto, de suma importância um acompanhamento em saúde abrangente em todos os níveis. Mesmo que haja a necessidade de encaminhamento para outro serviço a fim de tratar o quadro clínico da usuária, é crucial que ela seja acolhida em um local especializado para manejar os casos de sofrimento psíquico decorrente do uso abusivo de crack, álcool ou outras drogas. Além disso, é fundamental que esses serviços especializados considerem as questões de gênero no olhar do cuidado, visando atender às necessidades singulares das usuárias.

Historicamente, o Estado possui uma relação punitiva e moralizante com o uso abusivo de SPAs, e, por isso, era função da justiça e da segurança pública vigiar e direcionar essas pessoas. Instituições religiosas também estão presentes nesse momento, pois tinham um papel filantrópico de acolher em Comunidades Terapêuticas, que através do isolamento da sociedade e de práticas moralizantes tinham como objetivo a abstinência. Dessa maneira, é comum que os



usuários de substâncias vivenciem no seu cotidiano situações de violências, restrição ao exercício de direitos civis e políticos, exclusão de participação na sociedade, acesso reduzido aos serviços de saúde e exclusão de oportunidades de geração de renda causando mais sofrimento psíquico (Ventura, 2017).

Hart (2014) argumenta que é crucial questionar de forma crítica o uso prejudicial de substâncias psicoativas na sociedade, um aspecto que deveria ser central na elaboração de políticas públicas de saúde e educação. A trajetória da humanidade já evidenciou que o processo de “guerra às drogas” está destinado ao fracasso, falhando em compreender os indivíduos em seu contexto social e histórico. Malheiro (2018) sustenta que a colonialidade, caracterizada pela hierarquização das raças, exerce influência sobre a política de drogas no Brasil, perpetuando assim a opressão racista e sexista.

Cabe ressaltar que mães que fazem uso de psicoativos enfrentam não apenas a dificuldade de acesso e informação em saúde durante a gestação, mas também medo de não permanecer com seus filhos devido a possibilidade de acolhimento compulsório. Rosato (2017) aponta que em 2010, a Promotoria da Infância e da Juventude do Ministério Público do Estado do Espírito Santo emitiu um documento denominado Carta Recomendatória, direcionado aos Conselhos Tutelares, maternidades e hospitais. A autora explica que embora o texto tivesse a intenção de orientar os profissionais em casos de gestantes dependentes químicas, as recomendações mantinham uma abordagem conservadora e punitiva. Uma das instruções contidas na carta proibia a entrega do recém-nascido à sua genitora se houvesse qualquer indício de uso abusivo de substâncias psicotrópicas. Além disso, estabelecia que, ao receber alta médica, a mãe era obrigada a deixar o hospital sem seu filho.

Loiola (2022) aponta que o acolhimento compulsório frequentemente se apoia em práticas e discursos que associam vulnerabilidade social à periculosidade e

destacam o uso das substâncias psicoativas ilícitas como razão para separar bebês de suas mães. Isso levanta incertezas sobre se a Destituição do Poder Familiar e a adoção efetivamente asseguram a proteção das crianças, uma vez que a separação, por vezes, não resguarda os direitos das crianças, mas viola os direitos das mães.

A primeira política que reconheceu a dependência de substâncias como um problema de saúde pública no Brasil foi a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, instituída em 2005, momento em que determinados setores da sociedade brasileira entenderam que é necessária a compreensão da totalidade do problema e, conseqüentemente, a ampliação do acesso ao tratamento, a promoção de direitos e uma abordagem que vise a redução de danos (Brasil, 2005). Embora esta política tenha promovido uma mudança de perspectiva em relação à dependência de substâncias como um problema de saúde pública no Brasil, ainda não é possível ver a efetividade dessa transformação na prática da sociedade e no plano jurídico.

Com esse avanço, aumentaram o número de pesquisas sobre o uso de substâncias psicoativas e suas implicações nos âmbitos psicológico, biológico e social. Porém as produções são desenvolvidas em maioria sobre aspectos biológicos e não abrange o contexto total, principalmente a parte social, que compõe a complexidade da realidade que gera a tendência ao uso de psicoativos (Alves, 2016).

Em razão disso, verifica-se que a produção de conhecimento sobre o uso e a dependência de psicotrópicos por mulheres é limitada. Existem algumas pesquisas que englobam a maternidade em um contexto de dependência química, mas são direcionadas para fatores biológicos e danos gerados no bem-estar físico da mãe e do seu filho.

Devido aos estigmas existentes na sociedade em relação ao uso de psicoativos juntamente com a questão de gênero que atravessa as políticas brasileiras, a atenção em saúde no ciclo gravídico-puerperal é defasada

porque não contempla ações e serviços que visem a promoção em saúde para mães que fazem uso abusivo de psicotrópicos. A falta de informação do serviço de saúde em relação ao uso de substâncias psicoativas pela população feminina gera consequências em diversos âmbitos da vida da mulher, não apenas na fase gestacional. Dessa maneira, entende-se que um serviço, como o CAPS, que busca oferecer um cuidado que se ancora no entendimento de humanização como reconhecimento dos diferentes sujeitos inseridos no processo de produção de saúde, por vezes encontra barreiras para efetivar na prática, refletindo na vida dos sujeitos que encontram dificuldades no acesso integral em saúde.

### **Considerações finais**

Em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde é elaborado um conceito diferente de saúde, que passa a ser definida por um conjunto de direitos básicos, como moradia, alimentação, educação, transporte e bens de consumo que são essenciais para a configuração do bem-estar do usuário. Esta conferência foi fundamental para a garantia do direito social à saúde, como parte de um sistema de Seguridade Social instituído formalmente na CF/88 que garantiu a construção do SUS. Este concretiza a noção de que a saúde é um direito de todos e de dever do Estado, sendo regido pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Em razão disso, houve o reconhecimento de que existem demandas que fazem o perfil de saúde se diversificar, como, por exemplo, desigualdades sociais, econômicas, raça, gênero (Brasil, 2004).

No contexto do SUS, houve uma iniciativa para mudar a perspectiva limitada de que o corpo da mulher é exclusivamente destinado à reprodução, reconhecendo que vários fatores sociais impactam o bem-estar das mulheres. No entanto, é evidente que as ações de saúde voltadas para mulheres ainda refletem essa ênfase na maternidade como única função social do corpo feminino.

Destaca-se que a questão de gênero é um aspecto importante na trajetória da saúde mental, em especial no que diz respeito à saúde mental da mulher. Vários fatores, tais como aspectos sociais, culturais e econômicos, podem afetar a saúde mental das mulheres. É necessário destacar o impacto do excesso de funções atribuídas à mulher na sua saúde física e mental. A gestação é um momento que implica significativas mudanças para a vida da mulher, tanto no que se refere à sua saúde física e mental, quanto ao seu papel no âmbito sociofamiliar.

Durante a gestação, é um direito básico das mulheres ter acesso à cobertura total da saúde pública, o que requer que as políticas e serviços de saúde estejam preparados para lidar com as diferentes necessidades que cada realidade social apresenta. Portanto, surgiu a necessidade de analisar a assistência em saúde mental na atenção secundária com o objetivo de compreender como o atendimento é organizado para as usuárias grávidas e como é estabelecida a linha de cuidado durante esse período.

A análise das entrevistas revelou que não existem protocolos ou diretrizes específicas para o atendimento de gestantes nos serviços em questão. No entanto, os profissionais possuem um fluxo informal e não explícito de encaminhar as gestantes para serviços de saúde específicos para acompanhamento materno-infantil. Cabe ressaltar que esse encaminhamento não é realizado no sentido de compartilhar o caso, e sim de transferência do cuidado. A falta de informações detalhadas sobre as ações específicas voltadas às usuárias gestantes sugere que, na prática, esse encaminhamento pode ser resultado de uma visão reducionista que muitas vezes é atribuída às mulheres durante o período de gestação, ignorando as diversas singularidades que transcendem o momento da gravidez.

Diante dos resultados encontrados, o CAPS que se propõe a oferecer uma linha de cuidado direcionada a singularidade das gestantes com sofrimento e drogas, tem realizado encaminhamentos para serviços com

protocolos bem estabelecidos para o período gestacional. Sendo assim, é recomendável o desenvolvimento de uma linha de cuidado específica para o atendimento de gestantes em sofrimento psíquico e em uso de álcool e outras drogas na Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal. Essa linha de cuidado deve considerar as demandas singulares das mulheres com intuito de garantir acesso pleno

a todos os níveis de assistência em saúde. Além disso, é importante ressaltar a necessidade de uma articulação entre os serviços, visando fornecer um cuidado ampliado à saúde e considerar a usuária gestante em sua integralidade, abrangendo todas as suas singularidades como mulher, para além do período de gestação.

## Referências

- Alves, T. M., & Rosa, L. C. dos S. (2016). Usos de substâncias psicoativas por mulheres: a importância de uma perspectiva de gênero. *Revista Estudos Feministas*, 24(2), 443–462. <https://doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n2p443>
- Arrais, A. R., Mourão, M. A., & Fragalle, B. (2014). O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saúde e Sociedade*, 23(1), 251–264. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100020>
- Assis, J. T. de, Barreiros, G. B., & Conceição, M. I. G. (2013). A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. *Revista Latinoamericana De Psicopatologia Fundamental*, 16(4), 584–596. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142013000400007>
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Brasil. (1984). Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Saúde da Mulher*. Brasília, DF. Recuperado de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia\\_integral\\_saude\\_mulher.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf)
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_mulher.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_mulher.pdf)
- Brasil. (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Brasília. Recuperado de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf)
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)
- Brasil. (2013a). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012*. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo

- seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Brasil. Congresso. Senado. *Portaria nº 3.265, de 1 de dezembro de 2017*. Ampliação do acesso ao dispositivo Intrauterino Tcu 380 (DIU de Cobre) no âmbito do SUS. Recuperado de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3265\\_07\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3265_07_12_2017.html)
- Costa, A. M., Bahia, L., & Conte, D. (2007). A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Saúde em Debate*, 31(75-76-77), 13-24. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345310003>
- Cunha, B. M. (2014). Violência contra a mulher, direito e patriarcado: perspectivas de combate à violência de gênero. In *Anais da XVI Jornada de Iniciação Científica de Direito da UFPR* (pp.1-2). Recuperado de <https://petdireito.ufpr.br/index.php/anais-da-xvi-jornada-de-iniciacao-cientifica-vol-1-n-5-curitiba-2014/>
- Dantas, E. S. O., Meira, K. C., Bredemeier, J., & Amorim, K. P. C. (2023). Suicídio de mulheres no Brasil: necessária discussão sob a perspectiva de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(5), 1469–1477. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.16212022>
- Distrito Federal. (2018). *Portaria nº 536, de 08 de junho de 2018*. Estabelece normas e fluxos assistenciais para os casos de urgência e emergência em saúde mental no âmbito do Distrito Federal. Recuperado de <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/64120/Nota+Técnica+-+Critérios+de+Regulação+para+internação+por+transtornos+mentais+e+comportamentais+na+Rede+SES-DF.pdf>
- Falcone, V. M., Mäder, C. V. de N., Nascimento, C. F. L., Santos, J. M. M., & Nóbrega, F. J. de. (2005). Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Revista De Saúde Pública*, 39(4), 612–618. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000400015>
- Grigolo, T. M., & Pappiani, C., (2014). Clínica ampliada: recursos terapêuticos dos centros de atenção psicossocial de um município do norte de Santa Catarina. *Cadernos Brasileiros e Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 6(14), 1–26. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v6i14.68902>
- Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000*. Dispõe sobre prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Recuperado de [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l10048.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10048.htm)
- Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10216.htm)
- Hart, C. (2014). *Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre drogas* (Trad. Clóvis Marques). Rio de Janeiro: Zahar.
- Hooks, B. (2020). *“E eu não sou uma mulher?” Mulheres negras e feminismo* (Trad. Bhuvi Libanio. 2ª Ed.). Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Loiola, G. F. de. (2022). *Nós somos gente, nós pode ser mãe: existências e resistências à retirada compulsória de filhas/os pelo Estado* (Tese de Doutorado). Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil. Recuperado de



- <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/29578>
- Malheiro, L. S. B. (2018). *Tornar-se mulher usuária de crack: trajetória de vida, cultura de uso e políticas sobre drogas no centro de Salvador, BA*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil. Recuperado de [https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/28468/1/Dissertacao\\_FIM\\_.pdf](https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/28468/1/Dissertacao_FIM_.pdf)
- Nunes, M. de O., Lima, J. M. de., Portugal, C. M., & Torrenté, M. de. (2019). Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12), 4489–4498. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>
- Oliveira, A. P. G., & Cavalcanti, V. R. S. (2007). Violência doméstica na perspectiva de gênero e políticas públicas. *Journal of Human Growth and Development*, 17(1), 39-51. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822007000100005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822007000100005&lng=pt&tlng=pt)
- Pedro, J. M. (2005). Traduzindo o debate: o uso da categoria gênero na pesquisa histórica. *História (São Paulo)*, 24(1), 77-98. <https://doi.org/10.1590/S0101-90742005000100004>
- Pegoraro, R. F., & Caldana, R. H. L. (2008). Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saúde E Sociedade*, 17(2), 82–94. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200009>
- Rocha, P. M. M. da., & Fuks, B. B. (2019). Vivências traumáticas no ciclo gravídico-puerperal. *Revista Latinoamericana De Psicopatologia Fundamental*, 22(4), 725–748. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2019v22n4p725.5>
- Rosato, C. M. O acolhimento institucional de bebês de mães usuárias de substâncias psicoativas: violência estatal contemporânea. *Seminário Internacional Fazendo Gênero*, 11. Recuperado em [http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1498508938\\_ARQUIVO\\_FG-Trabalhocompleto\(2017\).pdf](http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1498508938_ARQUIVO_FG-Trabalhocompleto(2017).pdf)
- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. (2019). *Nota Técnica SEI - GDF Nº 02/2019*. Parâmetros para o encaminhamento de adultos aos serviços de saúde mental na atenção secundária e critérios de exclusão para o acesso aos centros de atenção psicossocial. Brasília, DF. Recuperado de <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/183291/Nota-T%C3%A9cnica-DISSAM-n%C2%BA2-2019-Crit%C3%A9rios-para-encaminhamento-aos-servi%C3%A7os-de-adultos-para-os-servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde-mental-da-aten%C3%A7%C3%A3o-secund%C3%A1ria.pdf/a481a8a6-b087-b113-b09a-42dc3f22dbd7?t=1648938718381>
- Sousa, P. F., Maciel, S. C., & Medeiros, K. T. (2018). Paradigma Biomédico X Psicossocial: Onde são Ancoradas as Representações Sociais Acerca do Sofrimento Psíquico?. *Trends in Psychology*, 26(2), 883–895. <https://doi.org/10.9788/TP2018.2-13Pt>
- Ventura, C. A. A. (2017). Saúde mental e vulnerabilidade desafios e potencialidades na utilização do referencial dos direitos humanos. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 13(4), 174-175. <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i4p174-175>
- Zanello, V., Fiuza, G., & Costa, H. S. (2015). Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Fractal: Revista De Psicologia*, 27(3), 238–246. <https://doi.org/10.1590/1984-0292/1483>

Zanello, V. (2018). *Saúde Mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação*. Curitiba: Appris.

---

**Dados sobre as autoras:**

- *Caroline da Silva Moreira*: Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (ESCS/FEPECS), com graduação em Serviço Social pela Universidade de Brasília (2021). Atua principalmente nos temas de saúde mental e gênero.
- *Waleska Batista Fernandes*: Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde (ESCS/FEPECS), é especialista em Serviço Social, Políticas Públicas e Direitos Sociais. Atualmente é tutora da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto e é Assistente Social no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do Governo do Distrito Federal.
- *Alessandra da Rocha Arrais*: Graduação (1992), Mestrado (1997), Doutorado (2005) e pós-doutorado (2017) em Psicologia Clínica e da saúde pela UnB. Psicóloga da Secretaria de Estado de Saúde do DF. Responsável Técnica pelo serviço de psicologia do Hmib. Docente permanente e orientadora do Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS) da FEPECS. Sócia-diretora da Escola de Profissionais da Parentalidade - EPP. Psicóloga clínica e perinatal da Clínica Tons da Maternidade, em Brasília.

---

**Declaração de Direito Autoral**

A submissão de originais para este periódico implica na transferência, pelos autores, dos direitos de publicação impressa e digital. Os direitos autorais para os artigos publicados são do autor, com direitos do periódico sobre a primeira publicação. Os autores somente poderão utilizar os mesmos resultados em outras publicações indicando claramente este periódico como o meio da publicação original. Em virtude de sermos um periódico de acesso aberto, permite-se o uso gratuito dos artigos em aplicações educacionais e científicas desde que citada a fonte conforme a licença CC-BY da Creative Commons.



[Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

---